



# Wisconsin Medicaid and BadgerCare Fact Sheet

## Applying for Medicaid in Wisconsin

При подаче заявления на участие в программах Medicaid или BadgerCare, Вы должны будете предоставить определенные данные. Если Вы хотите подать заявление на участие в других программах, таких как Food Stamps, Child Care и/или W-2, может потребоваться дополнительная информация. За информацией об этих программах обращайтесь в департамент социального или гуманитарного обслуживания округа/резервации. В некоторых случаях могут потребоваться документы. Ниже приведен список данных и документов, которые потребуются.

### НЕОБХОДИМАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

- **НА КАЖДОЕ ЛИЦО**, подающее заявление на участие в программах Medicaid или BadgerCare, должны быть предоставлены на момент подачи заявления следующие данные:
  1. Social Security Number (SSN, Номер социального страхования).
  2. Дата рождения.
  3. Семейное положение.
  4. Родственные отношения с просителем.
  5. Адрес проживания (улица, город).
  6. Гражданство.
  7. Работа (Имя работодателя, адрес улицы, город).
  8. Доход (ставки заработной платы и регулярность ее выплаты – ежегодно, ежемесячно или еженедельно).
  9. Медицинское страхование (название страховой компании, номер полиса, и кто покрывается страховкой).
- Если кто-то из членов Вашей семьи не подает заявление на участие в программах Medicaid или BadgerCare, Вы должны указать их имена и родственные отношения с другими членами семьи.

### НЕОБХОДИМЫЕ ДОКУМЕНТЫ:

- Для каждого члена Вашей семьи, подающего заявление на участие в программах Medicaid или BadgerCare, Вы должны предоставить документы, удостоверяющие нижеследующее:

Факты, требующие подтверждения	На кого должны быть предоставлены эти документы	Какие документы необходимо предоставить
1. Иммиграционный статус	Члены Вашей семьи, подающие заявление на участие в программах Medicaid или BadgerCare, которые не являются гражданами США.	Копия документа, удостоверяющего иммиграционный статус лица (регистрационная карточка иностранца), выданного INS.
2. Беременность	Только на беременных женщин Вашей семьи.	Справка от врача, подтверждающая беременность.
3. Имущество	Только на лиц 65 лет или старше, на слепых или нетрудоспособных, подающих заявление на участие в программе Medicaid.	Примеры: банковские счета, договора, контракты, документы, удостоверяющие право собственности, полисы страхования жизни, и т.п.
4. Инвалидность	Только на слепых или инвалидов, подающих заявление на участие в программе Medicaid.	Решение, принятое Disability Determination Bureau данного штата.
5. Нетрудоспособность	Только в случае, когда оба родителя, подающих заявление на участие в программе Medicaid, проживают с малолетним ребенком/детьми, и ни один из родителей не соответствует условиям получения пособия для безработного родителя.	Справка от врача, подтверждающая, что один из родителей, проживающих с малолетними детьми, нетрудоспособен в связи с травмой.

### МОЖЕТ ЛИ СОТРУДНИК СЛУЖБЫ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ КОГДА-НИБУДЬ ПОПРОСИТЬ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ КАКИХ-ЛИБО ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ДАННЫХ?

Сотрудник службы экономической помощи (ES) может попросить подтверждения других данных, если:

- Вы неуверенны или кажетесь неуверенным в правильном ответе, или
- Вы ответили по-разному на один и тот же вопрос в разное время, или
- При сверке предоставленной Вами информации через компьютер сотрудник службы видит, что компьютерная информация не совпадает с той, которую предоставили Вы.

### ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ, О КОТОРОЙ ВАМ СЛЕДУЕТ ЗНАТЬ:

Указание SSN или обращение с просьбой о его получении является добровольным; однако, лицо, желающее получить льготы программы Wisconsin Medicaid, но не указавшее SSN или не обратившееся с просьбой о его получении, не будет соответствовать условиям, необходимым для получения льгот.

Ваш SSN позволяет сверить через компьютер Вашу информацию с правительственными агентствами, такими как Internal Revenue Service (IRS), Social Security Administration и Department

of Workforce Development и удостовериться в данных о доходе и имуществе, а также выяснить, можете ли Вы принимать участие в других программах. Кроме того, программа Medicaid будет сравнивать Ваше имя и SSN с информацией, предоставленной компаниями по страхованию здоровья для того, чтобы выяснить, есть ли у Вас другие виды медицинского страхования.

Информация, которую Вы предоставили, заполняя это заявление, останется конфиденциальной.

**ЗА ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ ОБРАЩАЙТЕСЬ В:**

- Приемную службу по телефону 1-800-362-3002 (телетайп и услуги переводчика предоставляются).
- Департамент социального или гуманитарного обслуживания округа/резервации, агентство W-2 или представительство Medicaid Вашего округа.

В этом документе представлена общая информация. За более подробной информацией о подаче заявления на участие в программе Medicaid в штате Висконсин, пожалуйста, обращайтесь в Ваш департамент социального или гуманитарного обслуживания округа/резервации.

Department of Health and Family Services, DHFS является сервис-провайдером, который предоставляет всем равные условия. Если Вы инвалид и нуждаетесь в предоставлении Вам информации в альтернативном формате, или в ее переводе на другой язык, пожалуйста, позвоните: (608) 266-3356 или (608) 266-2555 (телетайп). Все услуги по переводу бесплатны.

По вопросам о гражданских правах звоните (608) 266-3465 или (608) 266-2555 (телетайп, бесплатно).

PHS 10066R (12/02)